UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 3

LES

KYSTES DE L'OMBILIC

D'ORIGINE CONGÉNITALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1914

PAR

Albert GIRARD

Né au Buis-les-Baronnies (Drôme), le 17 octobre 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

SARDA, Professeur, *Président.*
VIALLETON, Professeur.
SOUBEYRAN, Agr libr. } *Assesseurs.*
GRYNFELTT, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

LES

KYSTES DE L'OMBILIC

D'ORIGINE CONGÉNITALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 3

LES

KYSTES DE L'OMBILIC

D'ORIGINE CONGÉNITALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Albert GIRARD

Né au Buis-les-Baronnies (Drôme), le 17 octobre 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

SARDA, Professeur, *Président.*
VIALLETON, Professeur.
SOUBEYRAN, Agr. libr.
GRYNFELTT, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
—
1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN
SARDA	ASSESSEUR
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Prof. hon.: MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O ✻)

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires	JEANBRAU (✻), a. l. (ch de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELTT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	MASSABUAU	LISBONNE
	EUZIÈRE	MARQUÈS ch. d. f.

Examinateurs de la Thèse

MM. SARDA, *professeur, président.*	MM. SOUBEYRAN, *agr. lib.*
VIALLETON, *professeur.*	GRYNFELTT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES MAITRES

A MES AMIS

A. GIRARD.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, il nous est particulièrement agréable d'exprimer publiquement nos sentiments de profonde gratitude à tous nos maîtres de cette Ecole de Montpellier, qui ont contribué dans une si large part à notre instruction médicale.

M. le professeur Sarda a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous donnant ainsi une preuve de la grande bienveillance dont il était animé à notre égard. Nous lui en garderons notre profonde reconnaissance.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Vialleton pour l'enseignement qu'il nous a donné dans nos premières années d'études à Montpellier.

Nous adressons également tous nos remerciements à M. le professeur Grynfeltt d'avoir bien voulu faire partie de notre jury, ainsi qu'à M. le professeur Soubeyran, de nous avoir indiqué le sujet de cette thèse.

Nous n'aurions garde d'oublier les amis dévoués qui ont bien voulu nous aider dans notre travail: nous voulons parler ici de M. le docteur Rives, ancien chef de clinique de la Faculté, dont le concours nous a été si précieux. M. le docteur Rives a bien voulu mettre sa haute compétence à notre service, et c'est à lui notamment que nous sommes redevable des examens microscopiques auxquels notre mo-

deste travail a donné lieu. A lui aussi, nous disons: Merci!

Ce serait faire preuve de la plus noire ingratitude que de ne pas parler ici de nos chers maîtres, Messieurs les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Carcassonne, qui dirigèrent nos études pendant près d'un an. Ils furent pour nous des amis et des conseillers, dignes d'une large part de notre reconnaissance.

Aussi, c'est avec une profonde tristesse que nous nous préparons à quitter tous ceux qui furent bons pour nous, et nous souhaitons ardemment que cette séparation ne soit point trop longue, ni surtout définitive.

LES

KYSTES DE L'OMBILIC

D'ORIGINE CONGÉNITALE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Sur les conseils de M. le professeur Soubeyran, nous avons choisi comme sujet de notre thèse : les kystes de l'ombilic d'origine congénitale. C'est là un sujet qui a été jusqu'ici fort peu traité, en raison même de la grande rareté de ces affections. C'est en nous appuyant sur une observation personnelle et inédite de notre maître, ainsi que sur les quelques rares observations qui ont été publiées à l'étranger dans ces vingt dernières années, que nous allons nous efforcer d'étudier tout ce qui se rapporte à ces formations pathologiques.

Après vous avoir fait connaître le cas observé par M. le professeur Soubeyran, nous nous proposons d'étudier successivement la pathogénie, la physionomie clinique, le pronostic et le traitement de ces kystes congénitaux. Leur pathogénie comprendra, en même temps, quel-

ques notions d'embryologie, ainsi que les quelques observations que nous avons pu recueillir, et dont il a été précédemment question.

Observation personnelle et inédite

De M. le professeur Soubeyran

M. R..., garçonnet de 10 ans, de Marseille, vient nous voir en septembre 1913. Il souffre depuis quelques années du ventre, dans la région ombilicale. En 1909, on porta le diagnostic d'appendicite, et on lui enleva l'appendice à Marseille. Le malade reprit ses occupations. Puis, trois ans après, on s'aperçut d'une tumeur au nombril. Il y a environ sept ou huit mois, on incisa cette tumeur : il s'en écoula un liquide noirâtre, qui ne fut pas examiné alors, ou dont l'examen ne nous fut pas communiqué. Une fistule s'est établie depuis, d'où s'écoule constamment une sérosité souillant le linge du malade.

A l'examen, on constate une fistule ombilicale, un peu à gauche de la cicatrice : il s'en écoule un pus séreux. Une sonde introduite par la fistule semble se mouvoir à l'aise, dans une cavité. A la palpation, on sent profondément un cordon dur qui s'enfonce dans l'abdomen : la peau est rouge tout autour et enflammée. On porte le diagnostic de fistule par tumeur congénitale de l'ombilic, et on décide l'extirpation de la tumeur.

L'opération a lieu le 28 septembre 1913 : après anesthésie générale à l'éther, on fait une incision ovalaire, qui circonscrit la région ombilicale, absolument semblable à l'incision pour la cure radicale de la hernie ombilicale.

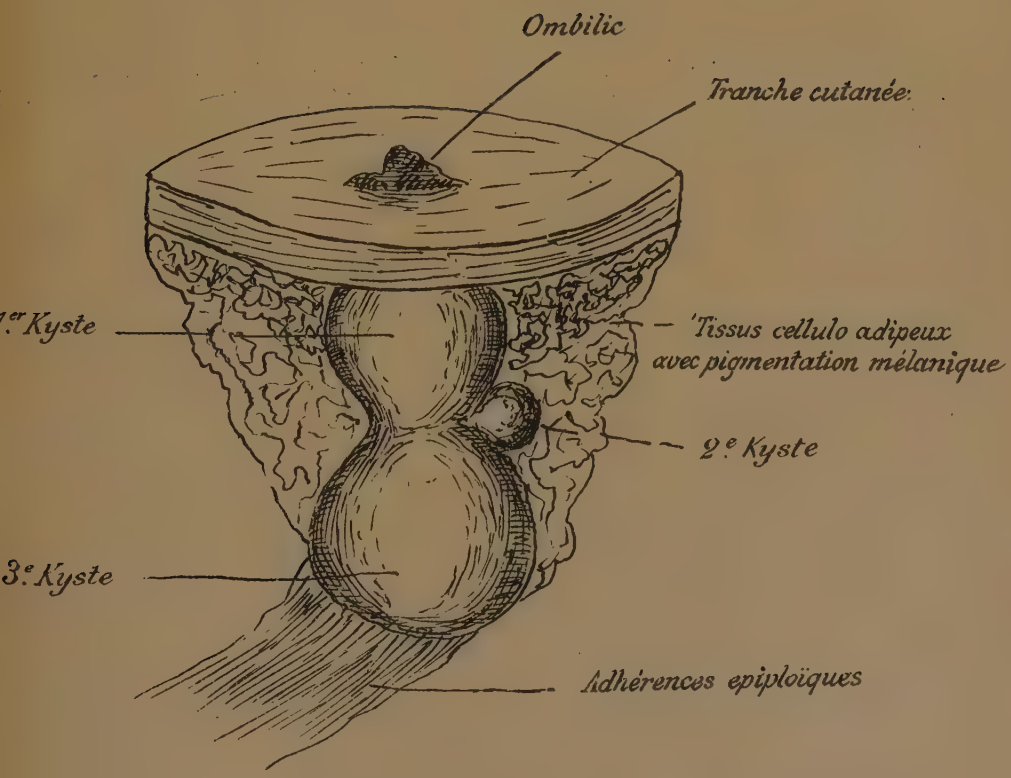

Fig. 1 (Schématique)

On pénètre dans le péritoine à droite et en haut : on est frappé à ce moment par la pigmentation noire du tissu cellulaire sous-cutané de la région et du péritoine. Le doigt, enfoncé dans la cavité péritonéale, y sent des formations kystiques arrondies. L'épiploon adhère à ces kystes : il est lié et sectionné. Ablation en bloc, aux ciseaux, de la tumeur. La paroi est soigneusement suturée par deux surjets au catgut; la plaie cutanée est fermée par des agrafes de Michel.

Le résultat opératoire a été excellent. Le malade est sorti guéri au bout de dix huit jours.

Examen de la pièce anatomique. — Examen macroscopique. — La pièce enlevée comprend une tranche cutanée ovalaire de 6 à 7 centimètres de long, sur 3 à 4 centimètres de large, comprenant l'ombilic, à laquelle adhère la tumeur kystique à sa partie profonde : à sa surface s'ouvre la fistule. Ces kystes forment trois bosselures (fig. 1), comme trois kystes indépendants; le premier, adhérent à la tranche cutanée, est à peu près du volume d'une noisette. Le second, à la partie latérale et inférieure du premier, est du volume d'un pois; le troisième, le plus gros, mesure environ 3 à 4 centimètres de diamètre. Il porte de nombreuses adhérences épiploïques. Le premier et le troisième kyste, qui sont les deux plus gros, communiquent ensemble : la sonde cannelée les traverse facilement; leur coloration est bleuâtre et foncée par places ; ils ont une consistance assez ferme, et sont remplis par un liquide séreux.

Après section des kystes sur la sonde, on voit que la paroi en est très épaisse, mesurant, en certains points, près de 1 centimètre (fig. 2). Il existe, en dedans, une muqueuse plissée transversalement, tout à fait semblable à

celle de l'intestin; sous cette muqueuse, on trouve une tunique fibreuse très dure.

Examen microscopique (Docteur A. Rives). — La plus grande partie de la muqueuse du kyste a la structure d'une muqueuse intestinale, avec ses villosités et ses glandes de Lieberkühn. Quelques points, peu étendus, sont modifiés :

I. Par ramifications des villosités, qui ressemblent à des végétations intra-kystiques. Ces ramifications sont courtes, et seulement du premier degré. A leur niveau, l'épithélium est plus haut et plus clair que sur les villosités normales.

II. Dans la partie profonde du kyste, les cellules caliciformes sont extrêmement nombreuses. Les glandes sont de type normal. Dans beaucoup de cellules, il y a des granulations acidophiles. Le chorion de la muqueuse est infiltré de leucocytes, dont un assez grand nombre d'éosinophiles, à un degré qui traduit un état inflammatoire léger : il renferme plusieurs petits follicules clos. Il y a une muscularis mucosæ nette, et, au-dessous, deux tuniques musculaires lisses, épaisses, dont les fibres sont orientées, comme sur l'intestin, en deux nappes perpendiculaires.

En dehors de ce kyste, et accolé à lui, est un petit nodule, gros comme un petit pois, de tissu conjonctif très jeune, imbibé de mucine, qui donnait macroscopiquement l'impression d'un petit kyste.

En somme, la paroi du kyste est formée par une paroi intestinale, et, peut-on dire, rien que par elle, sans dégénérescence.

Topographiquement, l'aspect intestinal est surtout caractéristique dans la portion abdominale du kyste. Dans sa portion intra-pariétale, la muqueuse et la muscularis

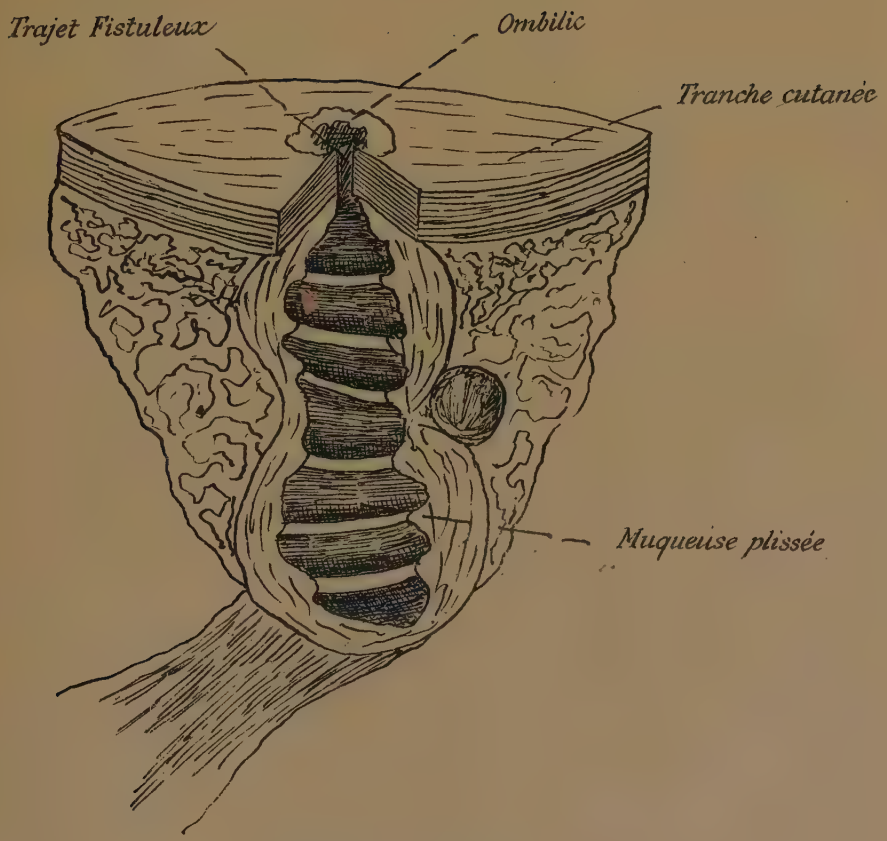

Fig. 2 (Schématique)

mucosæ persistent, mais les tuniques musculeuses sont dissociées par du tissu fibreux et disparaissent. A la région tout antérieure, la muqueuse repose sur du tissu fibreux.

La zone qui va du kyste à la peau est formée de tissu fibreux avec quelques pelotons adipeux; au voisinage du trajet fistuleux, il présente des signes d'inflammation. Une zone intéressante est à l'angle formé par la paroi du kyste et la face profonde de la paroi abdominale. Il y a là une traînée, un amas de cellules pigmentaires. Ces cellules sont volumineuses, arrondies, d'aspect épithélial, mais isolées les unes des autres. Elles sont soit alignées, entre des rangées de fibres conjonctives, soit groupées en amas. Le pigment est tout à fait de même aspect que le pigment mélanique. Il y a là comme un nævus pigmentaire profond.

En présence de cette pièce anatomique, et surtout après le résultat de l'examen microscopique que nous venons d'exposer, nous ne pouvons nous arrêter qu'à une seule conclusion: nous nous trouvons en présence d'un diverticule de Meckel. Qu'est-ce donc que le diverticule de Meckel? A l'ouverture de l'abdomen, il arrive parfois qu'on rencontre, sur la partie inférieure de l'iléon, un peu en amont de la valvule iléo-cæcale, un petit appendice, en forme de cul-de-sac, qui a été décrit par Meckel, et qui, pour cette raison, porte son nom. La structure de ce diverticule présente exactement les mêmes éléments fondamentaux que l'intestin lui-même. Il peut être libre ou adhérent, fixé par son sommet, soit à la paroi abdominale, soit à l'un des organes voisins.

Morphologiquement, cette formation anormale est un reste du canal omphalo-mésentérique, qui, chez l'embryon, unit l'intestin grêle au sac vitellin. Nous étudie-

rons, dans un instant, comment ce canal, de même que le sac vitellin, disparaît ordinairement tout entier : il arrive, dans quelques cas, qu'il persiste partiellement, constituant ainsi une anomalie, pouvant donner lieu à de nombreux accidents et à de nombreuses formations pathologiques. Nous ne nous occuperons pas des premiers, et nous n'étudierons les secondes qu'en ce qu'elles se rattachent au sujet de notre thèse. Nous dirons seulement ici que l'existence de ce diverticule de Meckel est assez rare. En effet, on ne le rencontre que chez 2 0/0 des sujets environ, et il est loin d'être pathologique chez tous ceux qui en sont porteurs.

Ayant ainsi défini ce que nous avions sous les yeux, il nous reste maintenant à étudier quelle est la pathogénie de la lésion.

Faisons, avant de terminer, quelques remarques au sujet de cette pigmentation mélanique que nous avons relevée dans le cas de M. le professeur Soubeyran. Il ne nous a pas été possible d'expliquer la nature et l'origine de ce pigment. A plus forte raison ne pouvons-nous pas prévoir ce qu'il deviendra ultérieurement; il serait intéressant, à ce sujet, de pouvoir suivre le petit malade dans sa vie pour voir si, plus tard, il ne fera pas quelque tumeur mélanique.

CHAPITRE II

PATHOGENIE (1)

Avant d'entrer dans cette étude pathogénique, il nous paraît indispensable de rappeler ici, le plus brièvement possible, quelques notions d'embryologie humaine, nécessaires pour expliquer la formation, la régression et les anomalies d'involution que peut présenter le canal omphalo-mésentérique.

Aussitôt après la fécondation, résultant de l'union du spermatozoïde et de l'ovule, l'œuf se segmente suivant des lois bien connues et variables avec chaque espèce. Chez les mammifères, chez l'homme donc, la segmentation est totale et subégale ; en d'autres termes l'œuf tout entier se divise en segments légèrement inégaux.

La première division donne naissance à deux blastomères, d'aspect très différent : l'un est clair, transparent, plus volumineux que l'autre, qui offre un aspect granu-

---

(1) Pour la rédaction de cet article, nous avons fait de larges emprunts au chapitre « Embryologie » de l'Anatomie humaine de M. le professeur Testut, rédigé par M. le professeur Vialleton.

leux. Ces deux blastomères vont se diviser à leur tour, les clairs plus rapidement que les granuleux, jusqu'à envelopper complètement ceux-ci dans une couche enveloppante; les sphères granuleuses sont ainsi enfermées dans un sac clos dont elles remplissent la cavité. La segmentation peut être considérée comme terminée, et c'est alors seulement que l'œuf arrive dans la cavité utérine.

Dans la plupart des cellules granuleuses voisines de la couche enveloppante, on voit se développer des vacuoles intra-cellulaires, qui grandissent rapidement et finissent par former une cavité qui sépare l'amas central des cellules granuleuses d'avec la couche enveloppante, sauf en un point limité. Les cellules externes continuant à se multiplier, la sphère formée par elles s'accroît considérablement et devient une grande vésicule close, à l'intérieur de laquelle les cellules granuleuses, dont le nombre s'est peu accru, forment, en un point de la paroi, une petite masse, connue sous le nom d'amas résiduel : c'est en ce point que, plus tard, se développera l'embryon.

L'œuf constitue alors la vésicule blastodermique. On voit, peu à peu, apparaître sur l'aire embryonnaire, une ligne primitive, dont l'extrémité antérieure porte un petit renflement, au niveau duquel existe souvent un canal neurentérique. Bientôt il se développe, au-devant de ce canal neurentérique, une petite tige cylindrique, qui n'est autre que le prolongement céphalique de la ligne primitive, et qui donnera, plus tard, la chorde dorsale.

Puis, au niveau du prolongement céphalique, on voit se dessiner, à la surface du blastoderme, une sorte de gouttière très peu profonde, à peine creusée, qui mérite plutôt le nom de plaque, la plaque neurale. Ses deux bords ne tardent pas à se soulever, pour former la gouttière médullaire, qui deviendra enfin le tube médullaire, dont la

portion antérieure s'élargit pour former les vésicules cérébrales.

Alors intervient un phénomène important : c'est le clivage du mésoderme, qui se divise, par un plan parallèle à la surface de l'embryon, en deux lames, dont l'une, la lame somatique, s'accole à l'ectoderme, pour former avec lui la paroi primitive du corps ou somatopleure, tandis que l'autre, la lame splanchnique, s'accole à l'entoderme, en formant la splanchnopleure ou paroi primitive du tube intestinal; la fente comprise entre ces deux lames est la grande cavité pleuro-péritonéale, ou cœlome.

L'embryon n'est encore qu'un épaississement local des feuillets. Sa partie antérieure se détache plus nettement de la surface générale de l'œuf, à cause de la saillie des vésicules cérébrales. L'ectoderme, soulevé par elles, s'infléchit brusquement au niveau du bord antérieur de la première vésicule, pour redevenir ensuite horizontal.

Au niveau de l'extrémité postérieure du corps, le relief de l'embryon est bien moins marqué, et le profil du dos s'abaisse peu à peu et régulièrement sur la surface générale de l'œuf. L'entoderme est plan partout, et ne présente au niveau du corps qu'une légère inflexion, formant une gouttière ouverte en dessous, la gouttière intestinale, première ébauche de l'intestin futur. A ce stade du développement, l'embryon est largement ouvert en dessous et étalé à plat. Il n'y a ni paroi ventrale, ni aucun des organes situés plus tard au-devant de la chorde dorsale. La formation de cette paroi ventrale vient alors compléter le corps de l'embryon, qui prend ainsi, peu à peu, l'aspect qu'il aura chez l'adulte. Elle est précédée par la différenciation des extrémités céphalique et caudale; elle est due, principalement, aux changements de

forme d'un orifice, dit ombilic cutané. Nous allons étudier, successivement, ces différentes modifications.

Au début, comme nous l'avons dit précédemment, la tête est simplement indiquée par une légère saillie de l'ectoderme soulevé par les vésicules cérébrales. Le bord antérieur de cette saillie est perpendiculaire au plan des feuillets; la tête a une paroi antérieure, une supérieure, mais pas encore de paroi ventrale ou de front. Bientôt, on voit la vésicule cérébrale antérieure s'accroître beaucoup, et, toujours recouverte par l'ectoderme, faire une forte saillie en avant et au-dessus des feuillets. On peut alors distinguer à la tête, une face frontale qui s'avance bien au-delà du point où l'ectoderme de l'embryon se continue avec l'ectoderme du reste de l'œuf, et surplombe au-dessus de ce point; la tête s'isole ainsi et se différencie.

Lorsque l'extrémité antérieure du corps a ainsi pris naissance, la postérieure se forme à son tour. Par suite de l'accroissement constant de la ligne primitive, la membrane anale change de position. Cette membrane anale n'est autre que la partie postérieure de la ligne primitive. Le mécanisme de ces transformations est mal connu; on peut l'exprimer brièvement, et d'une manière schématique, en disant que tout se passe comme si cette membrane basculait en dessous et en avant, autour de son extrémité antérieure, comme charnière. A la suite de ce phénomène, l'embryon possède une extrémité saillante en arrière, extrémité dont la face dorsale est formée par la ligne primitive, et la face ventrale, par la membrane anale. L'extrémité postérieure du corps renferme un cul-de-sac entodermique, que l'on appelle intestin postérieur.

L'intestin postérieur est très court, il communique avec la cavité de l'entoderme par un orifice : l'aditus posterior. En avant de la membrane anale, sur la face ventrale

de l'intestin postérieur, naît un bourgeon entodermique creux, qui n'est autre que la vésicule allantoïde. L'intestin postérieur devient alors une sorte de carrefour commun, dans lequel débouchent à la fois l'intestin proprement dit et l'allantoïde; on le désigne, dès ce moment, sous le nom de cloaque interne.

La membrane anale et la ligne primitive se rejoignent d'abord à l'extrémité postérieure du corps, sous un angle aigu, mais, plus tard, le bourgeonnement de la ligne primitive continuant toujours, cette dernière forme, en arrière et au-dessus de la membrane anale, un prolongement épais, le prolongement au bourgeon caudal.

Au point où nous en sommes arrivé, la face dorsale de l'embryon, ainsi que ses extrémités, sont bien distinctes, mais sa face ventrale n'existe pas encore et se confond avec la vésicule blastodermique. En effet, du côté ventral, l'embryon est rattaché à cette vésicule par une sorte de pédicule, à la fois très large et très court, qui s'insère sur le corps suivant une ligne passant, en avant, au-dessous de la bouche, en arrière, au-devant de la membrane anale, sur les côtés, au milieu des flancs. Si l'on coupe ce pédicule de manière à détacher l'embryon de la vésicule blastodermique, on voit un large orifice ventral, qui a exactement l'étendue du pédicule lui-même, et à travers lequel se voient, plus ou moins directement, les organes internes : cœur, tube digestif, rudiment hépatique. Cet orifice est l'ombilic cutané. A travers cet ombilic cutané, passent des organes annexes du tube digestif, la vésicule ombilicale et la vésicule allantoïde. Nous décrirons seulement le tube digestif, qui a pris une forme typique.

On sait qu'au début, l'entoderme forme dans l'embryon une gouttière largement ouverte en dessous : la gouttière intestinale; bientôt, à partir de l'extrémité an-

térieure, les deux moitiés latérales de cette gouttière s'infléchissent sur la ligne médiane, s'accolent l'une à l'autre, et forment enfin un tube clos qui fournira plus tard la portion antérieure du tube digestif : c'est l'intestin antérieur ou pharyngien. L'intestin pharyngien est clos en avant et s'appuie par cette extrémité borgne, contre une fossette de la face ventrale, qui donnera, plus tard, naissance à la cavité buccale. En arrière, il se continue par l'aditus anterior, avec la portion moyenne du tube digestif, au-dessous de laquelle se trouve appendu un vaste sac, le sac vitellin ou vésicule ombilicale, formé par l'entoderme extra-embryonnaire. Par suite de la fermeture en dessous de la gouttière intestinale, il se forme, sur la face ventrale de l'intestin pharyngien, une lame sagittale, le mésentère ventral, résultant de l'accolement des deux moitiés de cette gouttière, et une lame mésodermique frontale, qui, unie à l'entoderme sous-jacent de la vésicule ombilicale, forme la coiffe cardiaque, qui clôt, du côté ventral, la cavité renfermant le cœur ou cavité pariétale.

Le sac vitellin est rattaché à l'intestin de l'embryon par un canal, d'abord très large et très court: le canal vitellin. Il est facile de passer de la vésicule ombilicale dans les extrémités antérieure et postérieure du tube digestif de l'embryon, par l'intermédiaire de l'aditus anterior ou de l'aditus posterior. A cause de cela, on donne souvent, au premier de ces orifices, le nom d'orifice pharyngo-ombilical, au second celui d'orifice intestino-ombilical. On appelle ombilic intestinal la section transversale du canal vitellin.

Sur un embryon plus âgé, il semble que le canal vitellin s'est fortement contracté, diminuant ainsi l'étendue de l'ombilic intestinal, et que l'ombilic cutané s'est aussi ré-

tréci, comme si le pédicule ectodermique, qui, au stade précédent, rattachait l'embryon à la vésicule blastodermique, avait été fortement serré par un lien circulaire. C'est ce que l'on désigne brièvement par l'expression : fermeture de l'ombilic cutané. Ce processus va se continuer, tendant de plus en plus à séparer l'embryon de la vésicule blastodermique. Au fur et à mesure de cette séparation, les deux capuchons caudal et céphalique s'infléchissent sur eux-mêmes, et, allant au-devant l'un de l'autre, circonscrivent un espace étroit qui représente la future région ombilicale.

Déjà, avons-nous dit, les trois feuillets primitifs de l'embryon se sont transformés en quatre couches, par division du feuillet moyen en deux feuillets secondaires. Au feuillet externe ou ectoderme, s'accole la couche externe du feuillet moyen ou somatopleure ; au feuillet interne de l'embryon ou entoderme, s'accole la couche interne du feuillet mésodermique ou splanchnopleure. Entre ces deux couches du feuillet moyen, somatopleure et splanchnopleure, existe une cavité, qui n'est autre chose que la cavité cœlomique ou cavité pleuro-péritonéale, origine des cavités pleurale et péritonéale, qui seront séparées l'une de l'autre par la cloison diaphragmatique.

L'ectoderme, doublé de la somatopleure, deviendra la paroi abdominale, tandis que l'entoderme, auquel est appliquée la splanchnopleure, donnera naissance à la paroi intestinale.

Rien n'est plus aisé que de comprendre la transformation de la paroi abdominale primitive en paroi abdominale définitive : les masses protovertébrales, situées sur les parties latérales de la chorde dorsale, deviennent, en effet, le point de départ des fibres musculaires qui, d'arrière en avant, pénètrent la paroi abdominale primitive, pour don-

ner naissance aux muscles des parois abdominales. Un seul point reste ouvert, c'est l'ombilic, par où passent les vaisseaux ombilicaux, et par où s'engagent parfois les viscères abdominaux, pour donner naissance à des hernies ombilicales. Il peut arriver que le développement des muscles de l'abdomen reste incomplet; dans ce cas, la paroi abdominale n'est plus constituée en avant que par la membrane primitive de Rathke, qui se continue directement avec l'enveloppe amniotique.

En même temps que la paroi abdominale se développe, le canal intestinal se forme par l'accolement de l'entoderme et de la splanchnopleure. Au début de la vie embryonnaire, le canal intestinal communique à travers l'ombilic avec la vésicule ombilicale, au moyen d'un conduit qui porte le nom de canal omphalo-mésentérique.

Déjà, au commencement du deuxième mois, l'intestin est complètement fermé; dans le cours de ce deuxième mois, il constitue une anse dont le sommet est adhérent à l'ombilic, et dont les branches ascendante et descendante donnent naissance à l'ensemble du canal intestinal.

Le point par lequel l'anse intestinale adhère à l'ombilic n'est autre chose que le pédicule de la vésicule ombilicale, ou canal omphalo-mésentérique. Dans le cours du troisième mois, ce pédicule disparaît, et l'intestin devient libre dans l'intérieur de la cavité abdominale. Mais il s'en faut de beaucoup que cette disparition soit toujours complète. Dans bon nombre de cas, le canal omphalo-mésentérique persiste, soit en totalité, soit à l'état de vestiges, et peut donner naissance à un grand nombre de malformations. Certains auteurs admettent même que la persistance de ces restes omphalo-mésentériques dans le corps du nouveau-né est loin d'être exceptionnelle. Ils se présenteraient sous la forme de filaments flottants, aux extrémités

arrondies, et on les rencontrerait, soit au voisinage du mésentère, soit près de l'ombilic. On les aurait souvent pris, à tort, pour des brides d'origine inflammatoire.

Il nous faut maintenant étudier les diverses anomalies que peut présenter le canal omphalo-mésentérique dans son évolution régressive. Zummwinkel, en 1890, fit paraître un mémoire, à propos d'un cas opéré par lui, dans lequel il étudie les diverses modalités d'oblitération du canal vitellin. Il a donné, à ce propos, un schéma que nous avons cru utile de reproduire ici (fig. 3).

Il distingue cinq formes :

1° Le canal est resté ouvert : il existe une fistule stercorale à l'ombilic, par où l'on voit s'écouler les matières fécales ; l'ouverture peut se faire pendant la vie intra-utérine ; il en existe quelques très rares observations. Dans l'immense majorité des cas, elle se fait au moment de la chute du cordon. Le mécanisme de cette ouverture a donné lieu à de nombreuses discussions ; dans certains cas, on a prétendu que, au moment de la naissance, le diverticule a été pincé dans la ligature du cordon ombilical. Pour Barth, « il faut attribuer l'origine de la maladie à ce que le conduit omphalo-mésentérique, se prolongeant dans le cordon ombilical, devient adhérent à l'anneau ambilical lors de la nécrose du cordon, qui intéresse aussi son extrémité. Il ne faut pas accuser la sage-femme de l'ouverture du diverticule par une ligature placée trop près de l'ombilic, car, dans ce cas, l'ouverture du diverticule ne se trouverait pas dans l'anneau ombilical, mais plus loin, au sommet d'une tumeur ombilicale proéminente, et celle-ci devrait être recouverte de séreuse jusqu'à son orifice, tandis que toutes les descriptions la montrent recouverte de muqueuse. » Nous nous rattacherons à cette opinion sans insister autrement, et nous passerons au second cas, en si-

gnalant toutefois que, fréquemment, le diverticule ouvert est oblitéré à sa partie profonde; il n'existe pas, alors, de fistule stercorale, et il n'y a plus qu'une différence de degré entre cette forme et les kystes ouverts à l'ombilic dont nous parlerons dans un instant.

2° Dans la seconde forme, la partie du canal omphalo-mésentérique la plus rapprochée de l'intestin n'est pas oblitérée, et forme le diverticule de Meckel que l'on connaît, qui peut pendre librement dans la cavité abdominale ou être fixé à l'ombilic.

3° Il faut compter dans la troisième forme les entéro-kystomes décrits par Roth, formations kystiques provenant de la persistance partielle du canal omphalo-mésentérique, à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'intestin.

4° et 5° Avec la quatrième et la cinquième forme, nous entrons dans les kystes congénitaux de l'ombilic proprement dits. Disons tout de suite que, dans ces cas, le canal omphalo-mésentérique a persisté seulement dans sa partie ombilicale. Des kystes se sont alors formés, dont la situation et les rapports peuvent être variables, et qui peuvent même être reliés à l'intestin par un cordon fibreux.

Voici les quelques observations que nous avons pu recueillir à ce sujet. Nous étudierons, à propos de chacune d'elles, tout ce qui s'y rapporte quant à la paroi et au contenu de la tumeur, toutes les fois, bien entendu, que cela nous sera possible, car si certaines ont été publiées *in extenso,* d'autres, malheureusement, se réduisent à quelques mots prononcés par leurs auteurs au cours de communications diverses. En voici une première de Wyss (1):

« En opérant un adulte, on trouve, après dissection de

---

(1) Wyss. Arch. für Pathol. Anat. 1870. LI. p. 144.

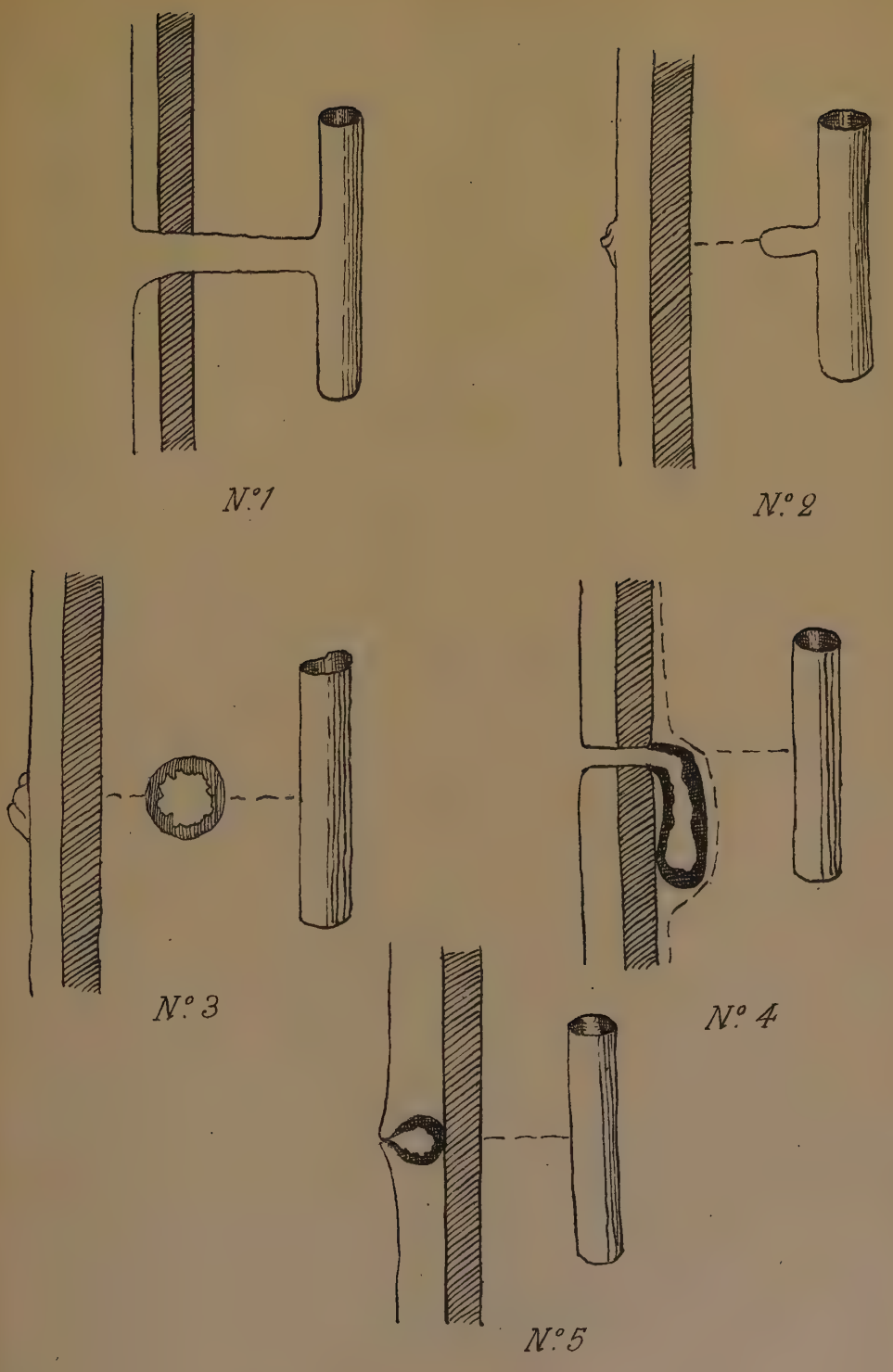

Figure 3 (Schèma de Zummwinkel)

la peau du ventre, à côté de la ligne blanche, à environ un pouce au-dessus de l'ombilic, un kyste de la grosseur d'un haricot, entre les muscles et le péritoine. A l'incision, il s'en échappe un liquide muqueux, visqueux et trouble, d'une coloration gris jaunâtre. L'acide acétique donna un précipité. Les recherches ultérieures prouvèrent que cette mucosité contenait une infinité de globules brillants, disposés concentriquement et de diamètres très variables. On n'aperçoit pas de noyaux. Ils ne se colorent pas par l'iode; l'acide sulfurique acétique, en présence de l'iode, les laisse inaltérés. De là, on conclut qu'il s'agit seulement d'une masse colloïde.

» A côté de ces globules colloïdes, qui composaient la plus grande partie du contenu visqueux du kyste, on voyait un grand nombre de cellules épithéliales cylindriques, à cils vibratiles, qui ne se distinguaient en rien des ordinaires. Les cils étaient encore bien conservés, et les cellules portaient des appendices plus longs au centre. Il n'y avait pas de forme intermédiaire entre ces cellules vibratiles et les globules colloïdes.

» Le kyste lui-même était simple; sa paroi était lisse, il se composait d'un tissu conjonctif assez solide, avec de nombreuses fibres très fines et élastiques. Sa paroi intérieure portait une couche continue d'épithélium vibratile. »

Ici, nous ne retrouvons pas la structure intestinale habituelle. Il est également assez difficile d'expliquer la provenance des cellules ciliées dont il est question; un tel épithélium n'existe pas dans les voies digestives de l'homme, si ce n'est chez le fœtus, et encore est-il localisé à l'œsophage et au pharynx. Nous sommes donc obligé, pour le moment, de renoncer à toute explication sur ce sujet.

La seconde observation est de Roser (1); il s'agit ici encore d'un kyste pré-péritonéal. Voici ce que nous avons pu retirer d'une communication faite par l'auteur au sujet d'un kyste de l'ouraque.

« ...Et maintenant, Messieurs, permettez-moi de vous entretenir d'un cas analogue, à savoir d'un kyste du canal omphalo-mésentérique, que j'ai opéré récemment dans une clinique de Marburg, et que je considérai tout d'abord comme étant un kyste de l'ouraque; un jeune homme voulait être délivré d'un écoulement visqueux provenant d'une ouverture qu'il portait à l'ombilic. La sonde pénétrait dans une vaste cavité d'environ 6 centimètres de diamètre. La fistule était le résultat d'une tumeur à l'ombilic, qu'un médecin avait ouverte; mais l'ouverture n'avait pu se fermer, malgré de nombreuses cautérisations. Le liquide visqueux qui coulait contenait des cellules épithéliales cylindriques. Je fis une incision au bas de l'ombilic; je dus traverser avec précaution une couche de tissu conjonctif très épaisse, et, en l'écartant, j'aperçus une cavité recouverte d'une muqueuse qui se présentait à peu près comme la muqueuse vésicale chez les individus à qui la paroi antérieure de la vessie manque. Une muqueuse rouge et très mamelonnée, avec des protubérances, recouvre tout l'intérieur de la cavité. Il n'y avait pas autre chose à faire que d'enlever cette muqueuse, je l'arrachai avec des pinces et des ciseaux courbes; elle vint facilement, par morceaux. Pour faire disparaître les quelques petits morceaux qui restaient, je fis un badigeonnage au chlorure de zinc. Il se produisit un rétrécissement progressif; au bout de quarante-huit jours, tout était sec et cicatrisé, et le malade fut congédié.

---

(1) Roser. Arch. für. Klin. Chir. 1876. XX. p. 475.

» Je m'attendais à ce que l'examen anatomique vînt confirmer mon diagnostic de kyste de l'ouraque ; mais lorsque j'apportai la préparation à mon collègue Lieberkühn, j'appris avec étonnement que j'avais arraché une membrane pleine de glandes de Lieberkühn, et que mon kyste était un kyste du canal omphalo-mésentérique. Les canaux glandulaires que montrait le microscope ne laissaient aucun doute à ce sujet ; j'aurais pu, il est vrai, arriver à cette conclusion, en voyant les cellules épithéliales cylindriques provenant de la fistule, au lieu de l'épithélium pavimenteux que j'attendais, si je n'avais pas été absorbé tout entier par l'idée d'un kyste de l'ouraque. »

Il est bien évident que, dans ce cas, si la paroi du kyste n'a pas été examinée plus complètement, la présence de la muqueuse, avec les caractères qui lui ont été assignés, suffirait pour affirmer l'origine intestinale de la tumeur.

On peut rapporter ces deux observations à la figure 4 du schéma de Zummwinkel. Une troisième, que nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer, est rapportée par Caruso (1), qui, au cours d'une laparatomie pour fibromyome chez une femme de 42 ans, ouvrit, au niveau de l'ombilic, un petit kyste, dont la paroi lui apparut constituée par un épithélium cubique, avec des tubes glandulaires et quelques fibres musculaires. Ce sont là, sans contredit, de véritables kystes, dont le diagnostic, en tant que kystes, n'offre pas de difficultés. Nous allons maintenant aborder les cas répondant à la figure 5 du schéma de Zummwinkel, et qui se différencient à peine du diverticule ouvert à l'ombilic. Nous avons fait allusion précédemment à cette analogie.

La première observation est de de Zummwinkel (2) :

---

(1) Caruso. Soc. ital. di Ost. et Gyn., 1902, VIII.

(2) Zummwtnkel. Arch. für Klin Chir. 1890, XL, p. 838.

« Il s'agit d'une petite fille, âgée de 7 ans, qui avait depuis sa naissance une petite ouverture sur le côté gauche de l'ombilic, par où s'écoule un liquide visqueux, en telle abondance, que son linge est constamment taché. La mère demande l'opération après un traitement long et sans résultat. A son entrée à l'hôpital, je trouvai, à la région ombilicale, une tumeur arrondie, ulcérée à sa surface, d'un diamètre de 1 centim. 25 environ. A droite se trouve l'ombilic, et, au milieu, une petite ouverture, dans laquelle je puis introduire une petite sonde à 1 centimètre de profondeur, et la mouvoir ensuite librement dans tous les sens, comme dans une cavité. Après un examen aussi vague, je pensai, sans en être certain, à une fistule de l'ouraque. Je fis deux incisions elliptiques, circonscrivant la tumeur et l'ombilic, et j'aperçus un kyste bleuâtre qui se laissa assez facilement détacher de sa base. La malade guérit très bien.

» Après avoir durci la pièce dans l'alcool, je fis un examen microscopique. Contre mon espérance, l'examen de la paroi montra une structure tout à fait analogue à celle de l'intestin grêle : muqueuse à épithélium cylindrique, villosités et glandes de Lieberkühn, une muscularis mucosæ, que l'on pouvait suivre jusque dans les villosités, une couche musculaire, double par places. La muqueuse n'est pas normale ; elle paraît hypertrophiée ; les villosités sont très hautes et très larges, se partagent en plusieurs pointes, et rappellent l'aspect du papillome. Les glandes sont aussi plus nombreuses ; la muscularis mucosæ est très épaisse. La peau elle-même, autour de la fistule, est très hypertrophiée dans ses diverses couches, et enflammée. »

Nous ferons, au sujet de cette observation, deux remarques : la première, c'est que ce kyste était sous-cutané, au-devant de la paroi ; celui de Roser, au contraire, était sous-péritonéal.

La seconde, c'est que nous retrouvons dans la structure microscopique de la muqueuse, qui tapisse la cavité de ce kyste, les mêmes altérations signalées, au début de notre travail, dans l'observation de M. le professeur Soubeyran.

Enfin, voici une dernière observation, publiée par Heaton (1) : il s'agit d'un jeune garçon de 4 ans et demi qui présentait une excroissance au voisinage de l'ombilic :

« L'enfant fut apporté à l'hôpital avec cette indication que, lorsqu'il faisait un effort, il sortait de l'eau de son nombril. Lorsqu'on le faisait pleurer, un petit jet de liquide jaune clair sortait de l'ombilic. On introduisit dans la fistule une petite sonde, qui pénétra en bas et en arrière de 8 centimètres environ. L'introduction du stylet fit sortir quelques centimètres cubes d'un liquide jaune clair, huileux, peu épais, de réaction fortement alcaline, chimiquement semblable à du suc intestinal. L'opération montra que la fistule conduisait dans un sac à parois musculaires, attaché à l'ombilic, et se dirigeant en bas et en arrière ; de son extrémité en cul-de-sac partait un cordon court, mince et fibreux qui allait se fixer sur une anse grêle. En septembre 1893, le sac fut excisé en partie. En août 1895, ce qui restait du sac fut enlevé et montra à l'examen microscopique la structure de l'intestin grêle. Le canal omphalo-mésentérique, faisant communiquer l'intestin avec la vésicule ombilicale, avait été oblitéré en partie seulement. La partie proche de l'intestin était représentée par un cordon fibreux. L'autre moitié s'ouvrait à l'ombilic et était distendue par le liquide sécrété dans un sac à parois musculaires. »

Il s'agit là, comme on le voit, d'un véritable diverticule ouvert. Nous en avons à peu près terminé avec les obser-

---

(1) Heaton. The Lancet, 1895, II, p. 1107.

vations, se rapportant aux kystes de l'ombilic; il nous reste encore à parler de deux cas, publiés par Roser (1) et Von Rosthorn (2), présentant quelques particularités intéressantes: nous n'avons pu nous procurer ces deux observations; voici ce que nous avons trouvé à ce sujet dans l'ouvrage de MM. Forgue et Riche sur le diverticule de Meckel:

Dans le cas de Roser, chez un enfant d'un an et demi, l'examen de la paroi fistulaire démontre l'existence d'une muqueuse de l'estomac, des glandes tubulaires très serrées, et une couche riche en fibres musculaires, analogue à la paroi stomacale. Dans celui de Von Rosthorn, on trouve, par places, des formations rappelant les glandes pyloriques. L'épithélium est semblable à celui du gros intestin et ne renferme pas de cellules caliciformes. Le professeur Von Ebener soutient que cette muqueuse est absolument analogue à celle du gros intestin.

Ceci est à rapprocher de ce qui a été dit précédemment au sujet de l'observation de Wyss; on se rappelle que cet auteur avait trouvé dans son kyste des cellules ciliées, qui ne se rencontrent que dans la partie toute supérieure du tube digestif du fœtus. Devons-nous en conclure qu'il ne s'agit pas là de diverticules de Meckel? Nous ne le croyons pas, nous appuyant en cela sur l'autorité de Kirmisson. Sur un diverticule ouvert, cet auteur a pu voir la muqueuse de type intestinal se modifier progressivement au voisinage de l'orifice ombilical, jusqu'à prendre le type de la muqueuse gastrique, avec de véritables glandes en grappe. Ailleurs, il a pu suivre, sur une même glande, les modifications progressives de l'épithélium vers la profon-

---

(1) Roser. Centralblatt für Chir. 1887, p. 260.

(2) Von Rosthorn.-Wiener Klin. Wochenschrift, 1889, p. 115-154.

deur. Il en conclut que ces modifications glandulaires doivent être attribuées aux traumatismes, ou, d'une façon plus générale, aux causes constantes d'irritation auxquelles ces tumeurs se trouvent soumises. Nous nous rallions pleinement à cette opinion, considérant que ces anomalies n'ont été observées que sur des kystes ou des diverticules ouverts et plus ou moins largement exposés.

Il nous reste maintenant à dire quelques mots du contenu de ces kystes. Nous avons pu voir, dans toutes nos observations, que ce qui attirait l'attention des malades était l'écoulement d'un liquide qui se présente, dans presque tous les cas, avec les mêmes caractères : plus ou moins épais, jaunâtre ; Wyss nous donne même ce renseignement, que l'acide acétique donna un précipité, ce qui indiquerait la présence de l'albumine ; et Heaton nous apprend que le liquide retiré de son kyste avait une réaction fortement alcaline. Ce sont là tous les caractères du suc intestinal, sécrété par les glandes de Lieberkühn, que tous les examens pratiqués nous ont montré dans la muqueuse recouvrant l'intérieur des cavités kystiques.

Un point reste obscur cependant ; c'est la présence, dans le kyste de Wyss, de cet épithélium cylindrique cilié. Nous venons d'en parler il y a un instant, mais nous jugeons utile d'y revenir encore.

Si nous examinons à un fort grossissement un épithélium intestinal normal, nous voyons qu'il se compose d'une couche unique de cellules prismatiques, dont l'extrémité libre est élargie et supporte un mince plateau cuticulaire, où on distingue une série de stries disposées perpendiculairement à la surface libre. Les différents auteurs ne sont pas d'accord sur l'origine de ces stries ; néanmoins, la majorité pense qu'il s'agit là d'un revêtement cilié atrophié, et immobilisé. En traitant une de ces cellules par

l'eau, le plateau ne tarde pas à s'écarter du corps cellulaire, puis se dissocie en petits corps allongés ou bâtonnets, à la base desquels on observe un petit nodule réfringent. Cette constitution est tout à fait analogue à celle des cils vibratiles normaux. Que devrons-nous conclure de tout cela? Nous croyons qu'il nous faudra laisser là un gros point d'interrogation. Peut-être s'agit-il d'un arrêt, ou simplement d'une anomalie de développement de cette muqueuse. Rappelons, à ce propos, que l'épithélium intestinal de certains animaux inférieurs est tapissé de cils vibratiles.

Nous agirons de même pour ces globules homogènes de Wyss, ainsi que pour la coloration noire du liquide du kyste de M. Soubeyran. Ces réserves étant faites, il nous paraît suffisamment démontré que toutes ces formations pathologiques dérivent d'une anomalie d'involution du canal omphalo-mésentérique, d'un arrêt dans sa régression, qui, normalement, doit être complète.

CHAPITRE III

CLINIQUE

Au point de vue clinique, comment les malades porteurs de ces tumeurs vont-ils se présenter à nous? A simple lecture des observations précédemment citées, on voit qu'il est aisé de poser un diagnostic, sinon d'espèce, du moins de nature. En effet, tous ces malades se sont présentés avec la lésion, toujours la même, une fistule ombilicale. Nous voyons que la majorité des observateurs ont commis une erreur et ont pensé à un kyste de l'ouraque. Mais ces auteurs reconnaissent eux-mêmes qu'ils ne firent qu'un examen très superficiel. L'erreur semble plus difficile à un examen approfondi. Nous n'insisterons pas sur l'erreur consistant à prendre un kyste fistulisé pour un diverticule ouvert, car, alors, deux cas peuvent se présenter: ou bien il existe une communication avec l'intestin, et l'écoulement du méconium, ou, plus tard, des matières fécales, suffit à faire le diagnostic; ou bien il n'y a pas de communication; mais alors, dans ce cas, nous avons vu qu'il n'y avait qu'une question de degré entre les kystes ouverts à l'ombilic et les diverticules ouverts sans communication intestinale; d'ailleurs, au point de vue du traitement, l'erreur, facile à commettre, n'aurait aucune conséquence fâcheuse.

Nous insisterons plus longuement sur la confusion avec une fistule d'origine ouraquienne. On sait, en effet, que l'on rencontre parfois des kystes de l'ouraque, ainsi que des fistules urinaires ombilicales et congénitales. Voici, à notre avis, sur quels points devra s'appuyer le diagnostic: à l'examen du malade, on constatera que le liquide qui s'écoule de la fistule est un liquide clair, plus ou moins coloré, à odeur caractéristique d'urine; il pourra soit sortir en jet au moment des mictions, soit suinter continuellement. Dans le kyste d'origine diverticulaire, au contraire, nous avons vu que nous nous trouvions en présence d'un liquide épais, visqueux, à réaction alcaline, et s'écoulant lentement d'un orifice plus ou moins étroit. Enfin, il est évident qu'un examen microscopique des cellules entraînées avec le liquide lèverait tous les doutes. On arriverait facilement à reconnaître soit les cellules plates de l'épithélium vésical, soit les cellules prismatiques de la muqueuse intestinale.

Enfin, nous avons vu que, dans quelques cas, la tumeur avait été prise pour un abcès de la région, et traitée comme tel, c'est-à-dire incisé purement et simplement. Il est évident que, dans les cas envisagés, le kyste, étant fermé, se distendant de plus en plus sous l'influence des produits de sécrétion de la muqueuse, avait fini par ne plus être recouvert que par une peau mince, luisante, rouge et tendue, rendant la confusion parfaitement possible. La chose se comprend aisément, et il pourra arriver qu'on ait quelques difficultés à poser un diagnostic précis. On ne pourra être affirmatif qu'en voyant, par la suite, s'établir la fistule, avec un écoulement réunissant les caractères précédemment indiqués.

Mais, dans tous les cas, aussitôt le diagnostic posé, il faudra intervenir.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes de l'ombilic d'origine diverticulaire est, en général, bénin. Il est évident que, dans le cas d'un kyste ouvert à l'ombilic, où l'écoulement se fait librement, de simples soins de propreté peuvent suffire pour éviter toute complication; mais cette cavité, communiquant avec l'extérieur, reste exposée à toutes les contaminations toujours possibles, et il en peut résulter des inflammations suivies de suppurations interminables.

Au contraire, si la poche est fermée, elle se trouve de plus en plus distendue par les liquides sécrétés par sa muqueuse; on se trouve alors en présence de sujets, qui ne peuvent être que des enfants, qui se plaignent d'avoir toujours souffert du ventre. On comprend aisément que cette sécrétion, continuant de plus en plus, arrive à compromettre la solidité des parois du kyste. Quoique le cas n'ait jamais été observé, on peut admettre qu'il arrivera un moment où la poche se rompra et déversera son contenu dans la cavité abdominale. Le malade n'en arrivera jamais à ce point, les douleurs intolérables ressenties constamment dans la région ombilicale le décidant tôt ou tard

à se faire opérer. Nous avons seulement voulu signaler la possibilité de la rupture du kyste parmi ses complications.

Le pronostic opératoire est lui-même excellent. Nous avons vu que les malades dont il a été question sont sortis au bout d'un temps très court, ne dépassant pas une cinquantaine de jours.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement de ces tumeurs ne pourra être que chirurgical, consistant en l'ablation, aussi large que possible, des cavités kystiques rencontrées au cours de l'exploration. Ce traitement devra toujours être aussi précoce que possible, dès que le diagnostic aura été posé de tumeur à l'ombilic. Des observations publiées, il est aisé de dégager la technique opératoire à suivre. On fera une incision ovalaire, comprenant l'ombilic, comme si l'on avait affaire à une hernie ombilicale. On explorera prudemment la cavité ainsi mise au jour. On dégagera toutes les formations anormales rencontrées, et on les excisera. Il faudra toujours s'assurer, avec beaucoup de soin, que ces kystes n'ont pas conservé quelque connexion profonde, afin de sectionner, s'il y a lieu, la bride ou le diverticule à leur implantation sur l'intestin; si l'on négligeait cette précaution, le sujet chez qui on aurait ainsi laissé subsister ces adhérences, resterait exposé aux accidents de l'occlusion par la bride vitelline. Or, n'oublions pas que, sur 100 cas d'occlusion intestinale, on en compte six en moyenne qui sont dus au diverticule de Meckel sous ses différentes formes.

Ceci étant fait, il importe de reconstituer solidement la paroi. Pour cela, le meilleur procédé est la suture en plusieurs plans. Le premier plan, séro-fibreux, comprendra la séreuse péritonéale, si elle a été intéressée, et les feuillets postérieurs de la gaine des muscles droits. Le deuxième plan, musculaire, doit rapprocher les droits. Le troisième plan, fibreux, unit les feuillets antérieurs de la gaine des droits. Enfin, un quatrième plan réunit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Toutes ces sutures doivent être faites au catgut, à l'exception des dernières; on pourra mettre quelques points de capitonnage dans le tissu cellulaire, et on obtiendra une bonne réunion au moyen des agrafes de Michell.

CONCLUSIONS

Ainsi donc, de tout ce qui précède, nous pourrons conclure :

Que le canal omphalo-mésentérique peut persister en partie après la naissance, devenant ainsi l'origine de malformations. Ces malformations peuvent se transformer en kystes, ou donner lieu à divers accidents. Citons, parmi ceux-ci, l'inflammation et la suppuration qui en résulte ; la rétention des produits secrétés par la muqueuse ; les diverses occlusions intestinales, dont nous n'avons pas à nous occuper dans notre travail ; l'établissement d'une fistule stercorale. Enfin, une dégénérescence maligne sera toujours à craindre, si le malade échappe à toutes ces complications.

Dans l'observation qui a fait l'objet de notre thèse, nous avons vu que le kyste portait, à sa partie profonde, des adhérences épiploïques, dont la section fut assez pénible ; par là aurait donc pu se constituer une occlusion intestinale, toujours grave. De plus, la présence de ce pigment « semblable au pigment mélanique » nous oblige à penser à la possibilité de la dégénérescence maligne ultérieure. Nous avons déjà dit précédemment ce que nous pensions à ce sujet. Ajoutons que, si, en général, les tumeurs malignes ne se développent pas chez les jeunes, il faut cependant

faire une exception en faveur du sarcome mélanique; et personne n'ignore que les tumeurs malignes sont d'autant plus graves que les sujets qui en sont porteurs sont plus jeunes.

Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il y aura lieu de réserver notre pronostic toutes les fois (et elles seront rares) que nous aurons pu poser un diagnostic de kyste de l'ombilic d'origine congénitale, et de proposer l'intervention immédiate, ou, tout au moins, aussi rapide que possible. Nous avons, du reste, déjà parlé de l'extrême bénignité de cette intervention.

BIBLIOGRAPHIE

TESTUT. — Anatomie humaine.
KIRMISSON. — Traité des affections chirurgicales d'origine congénitale.
FORGUE et RICHE. — Le diverticule de Meckel.
WYSS. — Arch. für Pathol. Anat., 1870, LI, p. 144.
ROSER. — Arch. für Klin. Chir., 1876, XX, p. 475.
CARUSO. — Soc. ital. di ost. et gyn., 1902, VIII.
ZUMMWINKEL. — Arch. für Klin. Chir., 1890, XL, p. 838.
HEATON. — The Lancet, 1895, II, p. 1107.
ROSER. — Centralblatt für Chir., 1887, XIV, p. 260.
VON ROSTHORN. — Wiener Klin. Wochenschrift, 1889, p. 125-154.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 novembre 1914
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 novembre 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !